

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 68.

Kystes Dermoides de l'Ovaire suppurés

OUVERTS A L'OMBILIC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRÂDE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SAGE

Né à La Tour-du-Pin (Isère), le 11 janvier 1889



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1913

Kystes Dermoides de l'Ovaire suppurés

OUVERTS A L'OMBILIC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 68.

Kystes Dermoides de l'Ovaire suppurés

OUVERTS A L'OMBILIC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

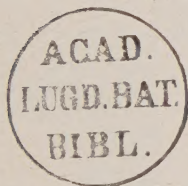
Et soutenue publiquement le 14 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SAGE

Né à La Tour-du-Pin (Isère), le 11 janvier 1889



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEPINE (Jean).
Clinique des maladies mentales	WILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	X...
Matière médicale et Botanique	GUIART.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne.	LESIEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire.	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale.	COURMONT (J.).
Hygiène.	PIC.
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSEKAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET,	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. Aug. POLLOSSON, Assesseur;
MM. PATEL et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR J. SAGE

Il fut pour nous le plus sûr des guides. Nous le prendrons comme modèle de notre carrière médicale.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES SOEURS

A MES PARENTS

En reconnaissance de ce que je leur
dois pour les nombreuses preuves d'affec-
tion qu'ils m'ont données.

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. le Professeur JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu

En reconnaissance du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. le Professeur POLLOSSON (A.)

Professeur de la clinique des maladies des femmes

Nous nous rappellerons toujours son enseignement si clair qui nous a été très profitable. Nous le remercions de nous assister à notre dernière épreuve.

A M. le Docteur PATEL

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui devons le sujet de cette thèse, il nous a constamment aidé de son expérience et de ses conseils. Nous le prions d'accepter ici le témoignage de notre très profonde reconnaissance.

A M. le Docteur THEVENOT

Professeur agrégé à la Faculté

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

A M. le Docteur LYONNET

Médecin des Hôpitaux

Pendant tout le cours de nos études médicales, il n'a cessé de nous témoigner un bienveillant intérêt. Nous n'oublierons jamais la sollicitude toute paternelle dont il a fait preuve envers nous.

A M. le Professeur PIC

Professeur de Thérapeutique à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance dans son service. Il nous a ouvert les portes de son laboratoire. Nous regrettons beaucoup que des circonstances malheureuses ne nous aient pas permis de continuer les travaux commencés sous sa direction.

A M. le Docteur MOLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions de nous avoir dirigé pendant la durée de nos études médicales, et aussi de l'amitié profonde qu'il nous a toujours montrée.

A M. le Docteur BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux

Il ne nous a ménagé ni son temps ,
ni ses conseils. Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

A M. le Docteur NAZ

Interne des Hôpitaux

Il fut toujours un guide et un ami.
Il nous aida de ses conseils au cours de ce travail; qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements.

Nous adressons enfin un souvenir à nos maîtres dans les hôpitaux et plus particulièrement à MM. les Professeurs PONCET, TEISSIER, ROLLET, LAROYENNE, NICOLAS, VALLAS, VORON, CADE, MOURIQUAND, SAVY, PIÉRY qui nous ont toujours si bien accueilli et à qui nous sommes redevable du meilleur de nos connaissances.

Introduction.

La suppuration des kystes de l'ovaire est connue depuis longtemps, et surtout celle des kystes dermoïdes, dont le contenu est un véritable milieu de culture pour les microbes, qui, venus de là ou d'ailleurs, par tel ou tel mécanisme, ne demandent qu'à y pousser.

La suppuration de ces kystes et leur ouverture spontanée à l'ombilic, avec, en plus, du gaz à l'intérieur, est un fait plus rare et qui nous a paru digne d'être signalé.

Au mois d'août dernier, apprenant, aux consultations gratuites de la clinique gynécologique, sous la conduite de M. le professeur agrégé Patel, remplaçant M. le professeur Pollosson, les principes nécessaires à tout médecin praticien, nous eûmes l'occasion de voir un de ces cas instructifs et rares. Nous lui avons demandé de bien vouloir nous permettre de nous intéresser à la marche de la maladie de cette patiente, de la suivre et d'en faire notre sujet de thèse.

Nous mettrons d'abord, en tête de notre modeste travail, l'observation détaillée du cas pathologique qui nous sert de sujet de thèse, et nous exposerons ensuite les différentes idées pathogéniques qui sont susceptibles d'expliquer l'ouverture à l'ombilic de ce kyste suppuré de

l'ovaire gauche, la présence de gaz à son intérieur, idées intimement liées à celle de la suppuration des aérobies accessoirement anaérobies.

Cette malade a guéri sans aucune complication. Nous exposerons, au sujet de sa guérison, les idées de gravité que comporte la présence de gaz à l'intérieur de la poche kystique. Un point particulier du traitement retiendra encore notre attention, car c'est grâce à la technique opératoire qu'a employée M. le professeur agrégé Patel que la malade a guéri en une dizaine de jours, sans ennuis, sans suppuration de la paroi abdominale, comme une plaie de hernie ou de cancer du sein, par exemple.

Nous avons recherché dans la littérature médicale de ces dernières années des cas de kystes de l'ovaire suppurés ouverts à l'ombilic et gazeux. Nous en avons trouvé peu d'observations (1). Beaucoup d'auteurs en parlent, relatent des faits, mais peu d'observations publiées *in extenso*. Dernièrement encore, au Congrès de chirurgie, Chavanon et Jayle faisaient allusion à des cas analogues. Nous exposerons et discuterons les idées de ces chirurgiens.

Quelques autres observations de kystes de l'ovaire suppurés et ouverts au niveau de la cicatrice ombilicale seront rapportés dans ce travail, dans un but de comparaison. Nous jugerons ainsi de la manière opératoire que nous préconisons et de ses suites; nous verrons combien, par cette façon de faire, nous sommes loin des longs mois

(1) Le 27 mai 1908, M. le professeur Jaboulay a fait une clinique intitulée « péritonite tuberculeuse et kyste de l'ovaire ». Cette observation, que nous voulions faire figurer dans notre thèse, n'a pu être retrouvée. De même celle sujet de la présentation à la Société des sciences médicales de Lyon (juillet 1908).

de lit imposés par des abdomens non fermés, des drainages à la Mickulicz, et souvent de la mort par infection ou cachexie.

OBSERVATION I (inédite)

Femme de 42 ans : Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche ouvert à l'ombilic. Présence de gaz. Extirpation du kyste par voie abdominale après enfouissement de la fistule. Pas de drainage. Guérison. (Due à M. PATEL).

M^{me} M..., âgée de 42 ans, entre, le 30 août, dans le service de M. le professeur Pollosson, à la Charité, suppléé par M. le professeur agrégé Patel, parce que, depuis au moins trois ans, elle ressentait, dans son ventre, une boule qui, sans la faire souffrir, la gênait. Depuis quelque temps, trois semaines ou un mois, cette boule a grossi, fait souffrir la malade de tout son abdomen, lui donne de la fièvre.

Son père est vivant et bien portant. Sa mère est morte hydropique.

Elle a deux sœurs et un frère qui sont en bonne santé.

Jamais cette femme n'a été malade.

Réglée à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Elle n'a eu qu'un seul enfant; jamais de fausse couche.

Son enfant est mort à l'âge de 5 mois, de convulsions.

La couche a été normale. La malade nous écrit : « J'ai eu dix-huit heures de douleurs dans ma couche; la suite de la couche a très bien marché. »

Quand la malade se présente à l'hôpital, elle est pâle, amaigrie, ses pommettes sont rouges. La palpation des

téguments montre que la malade doit avoir de la température, ce que vérifiera ensuite le thermomètre.

La malade ne peut nous dire de combien elle a maigri ces derniers temps, mais elle ne peut manger, n'a pas d'appétit.

Son cœur, ses poumons sont en bon état.

L'abdomen est ballonné; sa partie sous-ombilicale surtout fait saillie et rappelle le ventre en obusier.

La paroi abdominale est sillonnée d'un fin lacis veineux, surtout au niveau des régions ombilicale et sous-ombilicale. A l'ombilic, la peau est rouge, tendue, luisante.

La palpation permet de déceler de l'empâtement diffus plutôt que de la vraie fluctuation. Les téguments sont, en effet, œdématiés, gardant l'empreinte du doigt et traduisant par leur état une suppuration profonde.

La percussion donne de la matité dans toute la région sous-ombilicale. Le diaphragme se contracte bien. La malade n'a pas de symptômes de compression intestinale ou urétérale. Elle va à la selle normalement, urine bien; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 31 août 1912, la tuméfaction ombilicale s'accentue, la douleur se précise, devient plus aiguë et de toute évidence un abcès va s'ouvrir. A ce moment la température était de 38°8. Le 31 au soir, la température monte à 39°4, et, dans la nuit du 31 août au 1^{er} septembre, la tuméfaction s'ouvre spontanément. Le lendemain matin, dans le pansement, on trouve un pus verdâtre, abondant, crémeux, d'odeur fétide et très repoussante.

A la suite de cette ouverture spontanée, la malade est bien soulagée; elle ne ressent plus ses douleurs aiguës et

lancinantes. La température tombe à 37°5 brusquement.

La palpation de l'abdomen est rendue plus facile par le flot de pus qui s'est écoulé et on a nettement l'impression d'une poche bien limitée, dont la paroi indurée et résistante se perçoit facilement à travers la paroi abdominale.

La percussion décèle alors une matité nette; cependant, au niveau de l'ombilic, autour de la fistule, une zone sonore, qui traduit la présence du gaz à l'intérieur de la poche.

Le toucher vaginal a montré un utérus refoulé en arrière, des culs-de-sac comblés par une masse volumineuse qui les distend et communique avec la poche abdominale. On fait à ce moment le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La suppuration ombilicale s'est tarie les jours suivants. Les rapports avec la poche existante ne peuvent être précisés très exactement. On commence à désinfecter la paroi abdominale en vue d'une intervention et, quand on la juge suffisante, on se décide à opérer.

Le 6 septembre 1912, on fait une incision périombilicale circonscrivant la fistule ombilicale et ses bords. On fait une suture en bourse des deux lèvres internes de la plaie ramenées en dedans pour fermer la fistule ombilicale et se préserver de toute issue de pus. On pénètre ensuite dans la cavité abdominale et l'incision est prolongée jusqu'à la symphyse pubienne.

On est en présence d'une poche dure, adhérente de toute part à la paroi abdominale. Au niveau de l'ombilic, les adhérences entre la poche et la paroi sont encore plus intimes et de manière manifeste la suppuration ombilicale communique et a pour origine la poche abdominale.

La décortication de la poche est pénible à cause de ses adhérences aux anses grêles intimement unies à la paroi kystique. La paroi postérieure de la poche kystique est pour ainsi dire soudée à l'anse sigmoïde. On arrive enfin, toutefois, à pédiculiser sans entrer dans la lumière intestinale. La masse isolée est lourde, très grosse, plonge en entier dans le pelvis et tient par un pédicule à la paroi latérale gauche. Il s'agit nettement d'un kyste ovarique. Le pédicule est saisi entre deux pinces, sectionné et lié au catgut.

La poche enlevée, on se voit en présence d'une immense cavité dont les parois sont épaissies et vascularisées. L'exploration des trompes, de l'autre ovaire les montre sains.

On procède alors à la fermeture complète de la paroi abdominale sans effectuer aucun drainage.

Examen de la pièce. — Son poids est exactement de 4 kilos 200. Les parois de la poche sont très épaissies. A l'ouverture du kyste, outre des gaz très fétides, des matières sébacées purulentes verdâtres, d'odeur infecte. En somme, il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire suppuré et gazeux.

Suites. — Les suites opératoires furent très simples. La température a persisté quelques jours aux environs de 38°. Le 14 septembre, elle tomba et la malade a guéri sans incidents.

A l'heure actuelle, la malade va bien, n'a aucun trouble du côté de l'intestin. L'appétit est revenu, elle a repris son embonpoint.

Les règles sont revenues.

La paroi abdominale est souple, solide.

Pathogénie de la suppuration des Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Parmi les kystes de l'ovaire qui suppurent, les kystes dermoïdes sont les plus nombreux, presque les seuls. Les kystes ordinaires suppurent peu. Cela tient au liquide qui y est contenu, habitat et milieu favorable à la pullulation des germes pathogènes.

Du fait de sa présence dans l'abdomen, de ses rapports intimes avec l'intestin, les trompes, l'utérus, du fait de l'infection de ces organes, on s'explique facilement la suppuration des productions dermoïdes. Les causes générales : maladies infectieuses, grippez, infections diverses, elles aussi, sont mises en cause pour expliquer la suppuration dans ces milieux; mais, à notre avis, elles sont rares et doivent céder le pas à celles que nous invoquons en tête de ce chapitre comme, la plupart du temps, les vraies et les seules.

Tout kyste qui est suppuré a sa paroi épaissie, adhérente. Les adhérences que l'on constate reliant le kyste aux organes voisins sont-elles la cause ou la conséquence de la suppuration ?

Les deux faits peuvent se voir. Une trompe peut être infectée, réagir sur le péritoine périphérique, fixer le

kyste, y adhérer et l'infecter. Un kyste, au contraire, peut, du fait de sa mobilité, de sa situation, être sujet à ces moins petits traumatismes insoupçonnés, mais se répétant sans cesse, réagir par son épithélium lésé, s'en dépouiller, se créer des adhérences cicatricielles avec les organes voisins, devenir un lieu de moindre résistance du fait de ses lésions qui favorisent la localisation du germe septique sur sa paroi d'abord et dans son contenu secondairement.

Rappelons la torsion du pédicule du kyste comme cause favorisant l'infection, du fait de la vitalité de l'organe amoindrie.

L'inoculation directe est rare. Plus souvent par les adhérences créées, par les vaisseaux néoformés qu'elles contiennent, qui les nourrissent, les microbes passent d'un organe à l'autre et l'infection est un fait acquis. La voie génitale, les infections de l'utérus, des trompes quelles qu'en soient les causes, puerpérales, vénériennes ou autres, nous paraît la première et la plus fréquente comme but de l'infection. Dans cet ordre d'idées, la voie lymphatique ou la voie sanguine peuvent toutes deux être les conduits vecteurs du microbe cause du mal. Ainsi que nous le faisons entendre ci-dessus, nous croyons plutôt que la voie sanguine est la plus fréquemment suivie. Le plus souvent, en effet, dans les infections utérines graves, dans la puerpéralité surtout, les veines sont thrombosées, les plexus utérins, ovariens sont pris par l'infection streptococcique, de même les vaisseaux veineux des adhérences de la paroi kystique et, comme conséquence, infection du contenu du kyste par continuité.

Une autre cause d'infection du liquide sébacé contenu

dans les kystes dermoïdes de l'ovaire qui serait pour nous la plus fréquente après l'infection des organes génitaux, est l'intestin malade : anse sigmoïde, côlon, intestin grêle lui-même adhèrent souvent à la paroi de la tumeur kystique pour le plus grand préjudice de l'acte opératoire, rendu long, périlleux, difficile, nécessitant une véritable dissection artificielle pour séparer les organes les uns des autres.

Le coli-bacille est l'hôte le plus habituel (Mangold) du tube digestif. Quoi de plus normal qu'il passe dans le kyste, le contamine, surtout dans les cas d'adhérences avec l'anse sigmoïde. Bland Sutton a prétendu et montré qu'en certains endroits les parois de l'S iliaque s'altèrent, s'amincissent, se plissent en formant des diverticules que le contact et le frottement perpétuel d'un corps dur et lourd, tel un kyste dermoïde, perfore par usure. La communication des deux cavités étant ainsi assurée à plein canal intestinal, si on le veut bien, les microbes passent dans la poche kystique. Ce mécanisme n'exclut pas le mécanisme de la voie transpariétale sans solution de continuité des parois kystiques et intestinales.

L'appendice iléo-cæcal enflammé peut, dans certains cas, être l'agent perturbateur. Il peut jouer le même rôle que l'anse sigmoïde elle-même, ainsi que l'ont bien démontré Sutton et Doran. Le ligament appendiculo-ovarien ou les adhérences reliant l'appendice au kyste seraient encore le moyen choisi pour la pénétration des germes d'une cavité dans l'autre.

L'infection générale de l'organisme, nous l'avons dit, est une cause de moindre importance. Toutefois, quand, en grande quantité, des microbes sont charriés dans le

torrent circulatoire, on peut les voir se localiser et coloniser dans un kyste comme dans tout autre endroit de l'organisme. Werth, Keen, Schiperovitsch ont, en effet, rapporté des cas de kystes dermoïdes opérés après une fièvre typhoïde où pullulait le bacille d'Eberth.

Schauta signale le diplocoque, agent de la pneumonie, après une pneumonie.

La voie directe, par plaie perforante abdominale, -- nous ne ferons que la citer, -- est tout à fait accidentelle. La ponction suivie ou non d'injection, quand on la faisait dans un but thérapeutique et curatif, cause fréquente de suppuration, n'a plus qu'un intérêt historique dans la genèse de la suppuration des kystes dermoïdes.

En définitive, si nous nous résumons, les kystes dermoïdes, pour suppurer, peuvent être envahis par plusieurs voies :

1° La première et la plus fréquente est l'utérus et ses annexes infectés par un accouchement fait dans de mauvaises conditions, une intervention, un avortement et toute cause pouvant être l'origine d'une fièvre puerpérale;

2° En second lieu, nous placerons les vieilles métrites, les salpingites;

3° Une autre source d'infection des kystes dermoïdes de l'ovaire est l'altération du tube digestif due à une infection quelconque, locale ou générale. Qu'il s'agisse de l'appendice, du cæcum, de l'S iliaque, de l'intestin grêle même, la façon pour le kyste de se contaminer consiste dans le transport des microbes par les vaisseaux sanguins des adhérences qui relient le kyste aux autres organes. Pour qu'il y ait du gaz, ou l'intestin se fissure ou les microbes du kyste en produisent;

4° La torsion du pédicule, les hémorragies intrakystiques sont des causes rationnelles de la suppuration des kystes dermoïdes ovariens. Elles troublent, amoindrissent la nutrition du kyste et rendent meilleur le milieu de culture pour les microbes qui peuvent y être charriés.

5° L'infection générale est une cause plus rare. L'inoculation par voie directe est maintenant exceptionnelle.

Des agents microbiens de la suppuration.

Pathogénie de la suppuration gazeuse.

A priori, tous les microbes peuvent être cause de la suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire. Cependant, par l'analyse du liquide prélevé aseptiquement lors de l'ouverture de la poche, on trouvera ordinairement les microbes agents de la suppuration initiale. Parmi tous ces microbes cependant, c'est l'opinion de Mangold, tous ne poussent pas également, tous n'y trouvent pas un milieu de culture approprié. Il établit même une distinction entre les liquides kystiques, et, pour lui, plus le liquide est visqueux, riche en corps colloïdes, plus les microorganismes auraient de peine à s'y développer.

On trouve rarement des colonies pures dans un milieu kystique infecté. C'est là comme dans toute suppuration (Chauffard et Vidal), les microbes paraissent s'associer (Bumm : *bactérium coli* et *staphylocoque*), s'unir pour accomplir leur œuvre. Toutefois, dans les infections utérines causant la suppuration, on trouvera le *streptocoque*; le *coli-bacille* sera l'agent de l'infection à point de départ intestinal.

Les microorganismes qui fournissent et produisent des gaz sont des anaérobies; c'est là une qualité qui leur est

propre par-dessus tout. Or, dans la suppuration gazeuse des kystes ovariens, on n'a pas forcément affaire à cette catégorie, et, pour expliquer la présence de ces gaz, il faut se souvenir que les microbes banaux, tels le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène, le coli-bacille peuvent, dans certaines conditions, devenir temporairement anaérobies. C'est probablement ce qui se passe dans la suppuration des kystes semblables au nôtre.

Le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène, le coli-bacille sont les hôtes habituels de l'intestin et sont susceptibles de changer de conditions d'existence, de devenir anaérobies et de produire des gaz. Si on les cultive dans certaines conditions, on les voit, en effet, produire des gaz abondants pouvant être analysés, changeant de composition d'heure en heure. Certains de ces microbes, tels le bacillus amylo-lactis et le bacillus butylicus, qui sont d'autres figurants habituels de la flore intestinale, ne jouent-ils pas le rôle de ferments, ne produisent-ils pas normalement dans le tube digestif de l'hydrogène ? Un kyste communiquant avec l'S iliaque, par exemple, par usure réciproque de leurs parois contiendra donc de l'hydrogène fabriqué par ces producteurs.

L'hydrogène n'est pas le seul gaz fabriqué par les agents microbiens; le gaz sulfureux, l'acide carbonique peuvent être le résultat de leur action.

Dans notre cas, l'analyse du pus n'a pas été faite, le mécanisme que nous invoquons n'étant pas celui de la suppuration gazeuse.

Somme toute, nous concluons que les microbes aérobies, pouvant devenir anaérobies, pouvant dans certaines conditions fabriquer du gaz, la suppuration des kystes

gazeux de l'ovaire doit être considérée comme le résultat de leur action.

De fait, les auteurs qui rapportent des cas de suppuration de kystes gazeux, de kystes ou de tumeurs de l'ovaire admettent ces idées pathogéniques.

S'il y a communication du kyste avec l'intestin, l'explication est toute simple et s'impose : les gaz de l'intestin ont passé de sa cavité dans la cavité du kyste (Chavannaz). Ceci se passerait, pour cet auteur, dans les cas de tumeur ancienne, passant à la suppuration sans fièvre, sans tableau dramatique du côté de l'état local ou du côté de l'état général.

Au contraire, si, comme dans notre cas, l'évolution de la maladie a été relativement rapide, s'il y a eu un tableau clinique attirant l'attention et du côté de l'état général et du côté de l'état local, Chavannaz admet que les gaz se sont développés sur place, parce que des microbes dans l'intérieur du kyste capables de les développer.

Cet auteur se place dans le cas où les adhérences intestinales manquent ou sont peu serrées. S'il admet seulement quelques adhérences, nous nous expliquerons la possibilité de l'infection de la partie kystique, et nous sommes tous de l'avis de Jayle, qui pense que la pathogénie des kystes gazeux de l'ovaire est des plus simples : « Les gaz sont dus à des microorganismes provenant de l'intestin à travers des adhérences plus ou moins étendues de la poche kystique avec une anse intestinale quelconque et plus particulièrement avec le côlon pelvien ou le rectum. »

Dans l'observation de Jayle, il s'agit d'une tumeur pelvienne d'abord prise pour un kyste. Cette tumeur fut

ponctionnée, des gaz fétides sont sortis et l'auteur s'est demandé s'il ne s'agissait pas du côlon pelvien dilaté. En réalité, la fin de l'opération, menée à bien, lui montra qu'il s'agissait d'un kyste gazeux de l'ovaire droit qui, de toute part, adhérait au pelvis et à ses organes. Les adhérences de la poche kystique étaient plus fortes et plus intimes avec la face antérieure du rectum. Cette dernière ne présentait aucune ouverture, aucun orifice, ni même de points amincis pouvant faire croire à une perforation ancienne ou prochaine.

Dans le cas qui nous intéresse, nous n'avons pas affaire avec une tumeur pelvienne. Délivrée de ses rapports avec le pelvis et ses organes, elle était à la seconde époque de la symptomatologie des kystes de l'ovaire quant à sa position. C'était une tumeur abdominale. Elle ne présentait, ainsi qu'en fait foi notre observation, aucun des signes propres aux tumeurs gazeuses. La percussion décelait de la matité, nulle part de sonorité, de tympanisme. Elle était adhérente à l'intestin grêle, au rectum, à l'anse sigmoïde. Les adhérences étaient, disons-le, assez nombreuses pour expliquer la contamination par les microbes de la flore intestinale, mais nous n'avions pas de signes de suppuration gazeuse.

Lors de l'ouverture, spontanée, à l'ombilic, un pus abondant, bien lié, s'est écoulé à l'extérieur. Ce pus était d'odeur infecte. Il dépassait en qualité les pus d'appendicites. L'odeur dégagée par les mèches vaginales et extirpées quelques jours après l'acte opératoire n'en donne qu'une faible idée.

Ce n'est que dans les jours qui suivirent que l'on a songé à la présence du gaz dans la poche kystique, qui

se vidait. Pendant un pansement, on a constaté que l'air pénétrait en sifflant légèrement dans l'intérieur de l'abdomen. L'inspiration était donc l'agent de l'appel de l'air et la cause de la présence de gaz dans le kyste.

A vrai dire, et peut-être peut-on nous reprocher notre façon de nous exprimer, il ne s'agit pas d'un vrai kyste gazeux primitif, mais d'un kyste gazeux secondaire dû à l'entrée de l'air, favorisée par les mouvements respiratoires. Il se passait un fait analogue à celui qui se produit quand le chirurgien ouvre une pleurésie purulente, ce qui se passe dans les pansements de cette affection, l'air était appelé de l'extérieur.

Dans certaines conditions, quand on prélève le liquide d'un kyste de l'ovaire, dans un but d'analyse microbienne, bien que, macroscopiquement, le liquide soit suppuré, l'examen, la culture le montrent stérile. C'est là un fait analogue à ce qui se passe dans les vieux abcès du foie, les vieux abcès tuberculeux, les vieilles salpingites : les microbes n'ont plus trouvé le milieu qu'ils habitaient favorable à leur vie et ils sont morts ou disparus.

Certains auteurs ont prétendu que toujours le liquide des kystes dermoïdes était suppuré. Cette opinion est, à notre avis, erronée. On ne peut, en effet, expliquer, avec une masse suppurante abdominale, le manque de réaction locale et générale, le manque de température. Dans les cas, enfin, de rupture spontanée du kyste, comment expliquer l'absence de complications infectieuses, de péritonite ? Pour qu'un kyste contienne des microbes, il faut qu'il ait été infecté, et, quand il est infecté, il décèle sa présence par une réaction quelconque.

Dans l'infection gazeuse typique, la gangrène due au

vibrien septique, la mort est la règle et elle est due à la diffusion des produits septiques élaborés par le vibrien. Nous ne croyons pas que les cas de kystes gazeux soient comparables. Le fait que du gaz s'ajoute à la suppuration n'assombrit que peu le pronostic. L'état général un peu plus grave dans le cas de suppuration gazeuse doit être mis sur le compte de la suppuration surtout et non uniquement sur le compte des produits gazeux. De plus, la poche kystique gêne les échanges entre la circulation générale et le contenu microbien. Dans tous ces cas de suppuration, elle est très épaisse, elle s'oppose à l'absorption des produits solubles, à l'infection trop grave de l'organisme (Thiriar, *Presse médicale belge*, 1887). Enfin, les microbes agents de la suppuration gazeuse ne sont que des microbes ayant changé de genre d'existence; leur production de gaz n'est que passagère et il ne se passe, en un mot, rien de comparable aux phénomènes terrifiants de la septicémie gangreneuse, où nous voyons deux ennemis, pour ainsi dire : le vibrien septique et ses produits solubles qui diffusent et imprègnent l'organisme, et, associé à lui, lui permettant d'augmenter sa virulence, les microbes banaux de la suppuration, le staphylocoque, par exemple, qui occupe la phagocytose et permet aux spores du vibrien de végéter.

Pathogénie de l'ouverture des Kystes dermoïdes à l'ombilic.

Les kystes dermoïdes sont ordinairement moins volumineux que les autres kystes de l'ovaire. De ce fait, ils n'évoluent pas aussi nettement vers la cavité abdominale. De là la plus grande fréquence de leur ouverture dans la vessie, le vagin, le rectum, l'anse sigmoïde. Souvent, et on a considéré ce signe comme un signe distinctif, un apanage des kystes dermoïdes de l'ovaire, ils sont inclus dans le ligament large. Ces caractères anatomiques rendent l'intervention difficile, leur décortication et leur libération n'étant pas sans danger pour l'uretère, les vaisseaux hypogastriques. Ajoutons en plus que, souvent, les rapports anatomiques des différents organes abdominaux et pelviens sont complètement bouleversés.

Si c'est là le caractère ordinaire des kystes dermoïdes de l'ovaire, il en est toutefois qui, comme les autres kystes, ont un pédicule assez long qui leur permet de remonter dans l'abdomen et de présenter la seconde période symptomatique des kystes de l'ovaire, la période de tumeur abdominale.

Si nous dépouillons les observations des différents auteurs sur la rupture des kystes abdominaux, nous voyons

que, dans plus de la moitié des cas, la rupture s'est faite dans la partie terminale de l'intestin, la vessie ou le vagin, assez souvent au travers de la paroi abdominale, beaucoup plus rarement à l'ombilic.

L'explication de ce fait est toute anatomique et résulte de la constatation que nous faisons au début de ce chapitre : souvent le kyste est intraligamentaire, ne remonte pas ou peu dans l'abdomen. Ce n'est que dans certains cas de longueur du pédicule, de position intraligamentaire, que le kyste pourra monter assez haut derrière la paroi abdominale antérieure et s'ouvrir à l'ombilic.

Dans ces cas, la position du kyste est, la plupart du temps, en avant de l'intestin grêle. L'utérus est attiré en haut, le col est alors difficilement attingible. La vessie, de ce fait, peut aussi être remontée considérablement au-dessus du pubis. Sur l'intestin grêle refoulé en arrière s'étale alors le grand épiploon à la façon d'un rideau et l'on a une vaste cavité avec l'épiploon et l'intestin en arrière, la paroi abdominale en avant, le pelvis et ses organes en bas. Plus rarement, entre la paroi abdominale et le kyste, ainsi que Quénu le rapporte, on a le côlon transverse.

Toujours, dans ces cas, l'adhérence du kyste avec la paroi abdominale est intime. La suppuration du kyste survenant, un volume double ou triple est vite atteint et la tumeur suppurée est au niveau de l'ombilic.

A notre avis donc, pour qu'un kyste ait une évolution abdominale, trois choses sont nécessaires :

1° Qu'il ait un pédicule assez long pour lui permettre de remonter;

2° Qu'il ne soit pas inclus;

qui remplissait la cavité sacrée et s'opposait au passage de la tête. Cette tumeur fut ponctionnée et on en retira une matière caséeuse. Les symptômes vésicaux commencèrent et continuèrent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Alors, il sortait du pus et des cheveux par l'urètre. Il y avait une masse solide dans la région suprapubienne et, à l'ombilic, une fistule par laquelle s'échappait du pus, l'urine, et l'eau injectée dans la vessie. Lavage de la vessie. Dilatation de l'orifice ombilical. Mort.

Autopsie. — Kyste de l'ovaire droit, contenant des cheveux, des os et communiquant avec l'ombilic, la vessie, le rectum et le péritoine. La perforation avait été la cause de la mort.

OBSERVATION III

Ouverture fistuleuse à droite de l'ombilic. (Montgomery, Dublin jour. of. méd. Sc.) *In* thèse GORUSCHINE.

Ouverture fistuleuse d'un kyste dermoïde suppuré à droite de l'ombilic. Issue de pus, de cheveux et d'os. Grossesse. Accouchement normal. Terminaison inconnue.

OBSERVATION IV

Ouverture spontanée à l'ombilic. — Mort. — Moor. Path. Trans. vol. XVIII.)

Volume énorme du kyste. Ouverture spontanée à l'ombilic. L'ouverture est élargie et le contenu vidé autant

que possible. Amélioration, mais mort une semaine plus tard.

OBSERVATION V

In thèse FOSSARD, Paris 1901. (Communication orale du 20 mars :
LUCAS CHAMPIONNIER.)

Femme de 62 ans, atteinte d'un volumineux kyste de l'ovaire. A trois reprises, ce kyste déversa son trop plein par l'orifice ombilical. La peau de cette région se modifiait, devenait rouge, amincie, puis se rompait. On voyait sourdre par l'orifice le liquide, qui s'écoulait pendant plusieurs jours, d'une façon à peu près continue, irritait un peu les régions voisines, d'où la sensation de brûlure accusée par la malade. Ce liquide inondait tellement le lit qu'on était obligé de placer sous le bandage de corps une série de compresses et de nombreux imperméables.

OBSERVATION VI

V. JACOBSON : Kyste de l'ovaire à contenu gazeux. (*Revue de gynécologie* 1912, p. 273).

Il s'agit d'une malade âgée de 23 ans, et entrée à l'Institut clinique impérial pour des douleurs à l'hypogastre, des pertes blanches et un état fébrile. La maladie datait de cinq ans, depuis que la patiente est mariée, s'est aggravée dernièrement. Les douleurs, presque constantes,

s'exaspèrent par période et obligent alors la malade de garder le lit des semaines entières. Premières règles à 11 ans. Jusqu'au jour du mariage, la malade déclare avoir été bien portante. Aussitôt mariée, elle a ressenti des douleurs à l'hypogastre, survenant après la fatigue, des douleurs à la miction, des besoins fréquents d'uriner. Pertes de couleur verdâtres. Six mois après le mariage, les règles sont devenues plus fréquentes, plus abondantes et contenaient des caillots; des douleurs vives les précédaient et les suivaient. Ces dernières présentèrent quelquefois les caractères des douleurs du travail et survenaient tantôt pendant la menstruation, tantôt, mais plus rarement, dans les intervalles. Le coït est devenu très douloureux. La dernière aggravation date de seize mois. Depuis, suppression des règles pendant cinq mois, au bout desquels la malade s'est aperçue d'une tumeur, que les médecins consultés ont pris pour une grossesse. Réapparition des règles un mois après et nouvelle disparition pendant quatre mois. Depuis les derniers huit mois, la malade élimina, par l'anús, du pus de couleur jaune verdâtre. Les règles font défaut les sept derniers mois. Les douleurs sont moindres depuis trois ou quatre mois. Pas de pertes blanches. Au moment de l'entrée à l'hôpital, la malade est maigre, anémique, fébricite le soir, 38°. Faibles doses d'albumine dans les urines. A l'examen, on constate la présence d'une tumeur de consistance indéterminée, plutôt élastique que solide, remontant en haut à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et pénétrant par sa partie inférieure dans la cavité pelvienne. Toute la tumeur semble être constituée de deux portions, l'une siégeant en bas et à gauche, dans

l'espace du Douglas, l'autre située à droite, au-dessus de la première, et deux fois plus grande que celle-ci.

Diagnostic : Pyosalpingite probable. Colpotomie postérieure. Aussitôt l'incision du cul-de-sac postérieur faite, on aperçut une tumeur kystique des annexes gauches, dont le contenu putride fut évacué par la ponction. Les bords de la paroi kystique furent fixés aux bords de l'orifice agrandi du cul-de-sac postérieur, et la cavité du kyste tamponnée à la gaze iodoformée. L'opération fut continuée par la laparotomie, la tumeur droite, indépendante de la première, étant fixée par des adhérences. Aussitôt, la paroi abdominale incisée, on constata que la tumeur appartenait aux annexes droites, notamment à l'ovaire droit. Ce dernier détail n'a pu être noté que plus tard, quand la tumeur était déjà délivrée de ses nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'appendice vermiculaire, l'intestin grêle. La ponction avec un trocart de gros calibre a eu pour effet une sortie violente du contenu gazeux et la réduction de la tumeur au tiers de son volume. Quelques gouttes de pus se trouvaient au fond du kyste. Le détachement de la tumeur de la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas s'est fait sans difficulté, sauf dans un point, où l'opérateur a trouvé un gros tractus allant de la tumeur au rectum. Celui-ci fut sectionné et lié; il ne semblait pas être une voie de communication entre le kyste et l'intestin. Comme il était impossible de rompre les adhérences, on réséqua les parois du kyste et on les sutura avec les bords de la plaie abdominale. La tumeur kystique droite était elle-même composée de deux cavités, l'une plus grande, du volume d'un gros

poing, l'autre moins grande, située plus près de la masse utérine. Contre-ponction de la tumeur gauche, fixation de la paroi kystique aux bords de la plaie abdominale, tamponnement et drainage des cavités kystiques; réunion de la partie inférieure de la plaie abdominale. La malade a succombé le lendemain soir, à une septicémie aiguë. Au microscope, les parois de la tumeur gauche sont épaissies (par place, l'épaississement atteint trois quarts à un centimètre) et parcourue à la surface par des tractus périmétriques de trompe gauche, tortueux, et appliqués contre la paroi, au niveau de son bord supérieur. Sa lumière est rétrécie, même atrésiée par place, ses parois sont épaissies; l'extrémité abdominale oblitérée fait corps avec la tumeur. Le kyste droit est composé de deux cavités, une, plus petite, du volume d'une pomme, située plus près de l'utérus, l'autre comme un gros poing, située en arrière, plus près de la périphérie. L'hyperplasie des parois est ici encore plus marquée, leur épaisseur atteint parfois deux à trois centimètres. Sa surface externe adhère au fond et à la surface postérieure de l'utérus. A sa partie postérieure, on voit de fines adhérences avec l'intestin, à travers lesquelles se voit un gros tractus, coupé pendant l'opération, et allant au rectum. La muqueuse du rectum présente, à l'endroit où aboutit ce tractus, plusieurs petits orifices qui lui donnent un aspect réticulé. Les orifices ne vont pas au delà de la musculuse, sauf un, qui conduit sous le tractus. Un canal correspondant est constaté dans l'autre segment du tractus, communiquant avec la tumeur. Il est donc établi par là que la tumeur communiquait avec le rectum. La trompe droite présente les mêmes modifica-

tions. Le cul-de-sac de Douglas présente de nombreuses adhérences. Les parois de la vessie sont épaissies.

L'examen microscopique a démontré que les parois du kyste étaient constituées par du tissu conjonctif. Par places, surtout à la surface interne des parois, on constate une infiltration de jeunes cellules rondes. Cette couche, riche en vaisseaux et en leucocytes polynucléaires, contient des cellules géantes à noyaux placés dans le centre de la cellule. A la surface externe de la paroi kystique, on constate par place des faisceaux de fibres musculaires lisses. Les trompes sont atrésiées, leur lumière est étalée et contient, par places, des restes d'épithélium cubique. Partout ailleurs, la couche épithéliale fait défaut. Les parois de la trompe sont hypertrophiées, aussi bien dans leur couche musculaire que dans la couche conjonctive. Par places, on voit, dans la couche conjonctive, une légère infiltration par des éléments ronds.

OBSERVATION VII

BINAUD et BEGOUIN : Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de Kyste ovarique. (*La Gynécologie* 1897, p. 273).

Le 20 novembre 1896, entrant dans le service de notre maître, M. le professeur Demons, une femme de 34 ans, qui venait demander les secours de la chirurgie pour une volumineuse tumeur de l'abdomen.

Treize ans auparavant, elle s'était un jour aperçue, par hasard, qu'elle avait dans le ventre une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur, comme un morceau de liège sur une couche liquide, se déplaçait en

sens inverse de la pesanteur dans les mouvements de la malade : était-elle couchée sur le dos, la tumeur venait se placer au niveau de l'ombilic; s'étendait-elle sur le flanc gauche, c'était dans le flanc droit que se portait la tumeur.

La malade, qui est intelligente, interrogée à plusieurs reprises sur ce phénomène insolite de tumeur flottante, qu'elle avait décrit spontanément lors de son premier interrogatoire, à toujours donné les mêmes renseignements à ce sujet.

Pendant plusieurs années la tumeur resta stationnaire, ne déterminant aucune douleur, si bien que cette femme ne s'en préoccupa guère et ne la montra même pas à son médecin.

Il y a cinq ans, elle fut prise de fièvres intermittentes à la suite d'un séjour dans un pays marécageux. La tumeur n'en fut pas influencée.

Depuis trois ans, la malade a vu son ventre augmenter de volume, et, dès lors, elle ne remarqua plus sa tumeur flottante. Peu à peu, l'abdomen s'est tellement développé qu'elle n'a pu marcher sans être aussitôt essoufflée; ses digestions sont devenues très difficiles. Les membres inférieurs se sont œdématiés sans cependant qu'il y ait eu, du côté du rectum et de la vessie, des phénomènes bien nets de compression.

Pendant l'évolution de sa tumeur, cette femme a eu deux attaques d'hémiplégie, la première il y a deux ans, la seconde il y a dix mois; une parésie du côté droit persiste encore aujourd'hui. Les règles, dont l'abondance était exagérée, et qui étaient devenues irrégulières pendant les dernières années, ont cessé depuis deux ans.

A l'examen de cette malade, on est d'abord frappé de son état d'affaiblissement, elle est amaigrie, défaite, plus vieille que son âge.

Son ventre, très volumineux, bosselé, est saillant en avant comme dans un kyste de l'ovaire; l'ombilic est déplissé.

La palpation fait sentir sur la ligne médiane, au-dessus de la symphyse pubienne, une tumeur arrondie, dure, régulière, qui plonge dans le petit bassin et remonte à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic. Elle est légèrement mobile dans le sens transversal et aussi verticalement. Ses mouvements se communiquent de la façon la plus nette au col utérin.

Sur le côté droit de cette tumeur et accolée à elle, se trouve une seconde masse, grosse comme le poing, bosselée et fluctuante. Ces deux tumeurs sont mates. Le diagnostic de fibrome utérin s'impose pour la tumeur médiane; celui de kyste de l'ovaire ou de kyste développé aux dépens du fibrome est probable pour la tumeur qui lui est accolée.

Mais une troisième tumeur existe, d'un diagnostic autrement difficile. Elle se dégage de la partie supérieure et postérieure gauche du fibrome utérin pour s'élever obliquement jusque dans l'hypocondre gauche. Elle est bien bombée et de surface régulière. On y sent une fluctuation des plus nettes à la palpation. Mais quand on percuté, on est fort surpris de trouver que cette tumeur est sonore, d'une sonorité parfaite, aussi bien à la percussion profonde qu'à la percussion superficielle, elle est légèrement mobile. Il n'y a pas d'ascite. En présence de cette sonorité, et malgré la limitation de la tumeur, qui semblait affirmer son développement dans une poche

préformée, on pensa qu'il s'agissait là d'une accumulation d'anses intestinales distendues par les gaz. La compression exercée par le fibrome utérin sur le rectum rendait logique cette explication.

Le 27 novembre, laparotomie, par M. le professeur Demons. Aussitôt que le péritoine fut ouvert, un gros fibrome médian se présenta avec sa couleur rouge ordinaire. Une tumeur paraît à droite du fibrome, une autre en arrière. Aussi, M. Demons agrandit son incision jusqu'au-dessus de l'ombilic, et mettant la patiente dans la position de Trendelenburg, il attire le fibrome en avant pour le faire basculer sur la symphyse pubienne. Ce mouvement dégage une tumeur de couleur bleutée, qui semble unie à la partie inférieure de la face postérieure du fibrome, au niveau du cul-de-sac de Douglas, et qui, de là, remonte vers l'hypocondre gauche. Sa situation répondait à celle de la tumeur sonore découverte à l'examen clinique. Aussi, la percutons-nous aussitôt. Elle est très nettement sonore.

M. Demons décide d'enlever d'abord le fibrome: avec des ciseaux, il incise circulairement sa capsule. Elle adhère en arrière à la tumeur sonore. Au moment où on donne un coup de ciseau en ce point, on entend un sifflement analogue au bruit que l'air fait en s'échappant d'un ballon qui se crève, et la tumeur sonore qu'on venait de percuter s'affaisse sous les yeux de l'opérateur et de ses aides. Le gaz qui s'échappe est absolument inodore.

Pas une goutte de liquide ne s'écoule quand le fibrome utérin et le petit kyste de l'ovaire (car c'en était un) accolé à son côté droit eurent été enlevés, M. Demons s'attaque à la poche bleutée et flasque.

Il peut, en ne déterminant qu'une très légère rosée hémorragique, la détacher avec le doigt de ses adhérences légères et l'extraire ainsi.

En faisant la toilette du champ opératoire, on s'aperçoit que l'intestin a été ouvert au niveau du cul-de-sac de Douglas sur une étendue de quelques millimètres; on procède à la suture. Cette blessure de l'intestin a été faite par le coup de ciseau qui a ouvert la tumeur gazeuse au niveau du cul-de-sac de Douglas. Là, en effet, fibrome, tumeur gazeuse, intestin, adhéraient ensemble. La poche avait à peu près la forme et les dimensions de l'estomac. Sa surface avait la couleur bleuâtre des kystes de l'ovaire. Sur un de ces côtés, elle était parcourue par un conduit gros comme le doigt, rouge foncé, ressemblant à la trompe, dilatée et allongée.

La surface interne était blanc grisâtre et n'était pas recouverte par la moindre couche de liquide.

Son épaisseur inégale variait de 1 centimètre à quelques millimètres en certains points.

L'aspect macroscopique était celui d'une poche de kyste de l'ovaire.

M. le professeur agrégé Sabrazas en a fait l'examen histologique :

Paroi kystique purement fibreuse, les faisceaux conjonctifs sont onduleux; dans leurs interstices, il existe des cellules migratrices, surtout nombreuses du côté de la cavité. On trouve de nombreux capillaires sanguins, vides pour la plupart. Il n'existe aucune trace d'épithélium sur les faces.

Il ne s'agit pas d'intestin, on ne peut non plus songer à l'utérus ou à une trompe, l'hypothèse la plus plausible

est celle d'un kyste de l'ovaire. Il existe la plus grande analogie entre ces coupés et celles des kystes communs. L'épithélium de revêtement manque bien, mais c'est là un fait très fréquent.

De notre observation, un fait se dégage incontestablement : l'existence chez notre malade d'un kyste gazeux de l'abdomen.

Les auteurs admettent comme pathogénie, ou mieux, pensent à une fissure intestinale au niveau des adhérences, qui a permis l'entrée du gaz après la sortie du liquide.

Diagnostic.

L'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire à l'ombilic n'offre rien de particulier de prime abord. La peau est rouge, tendue, luisante, la paroi abdominale sillonnée d'un fin lacis veineux, le ventre est plus ou moins ballonné, localement, suivant la contenance en pus de l'abcès. Somme toute, on a le tableau d'une suppuration ombilicale banale.

Le kyste suppuré s'ouvrant à l'ombilic est une rareté, partant, son diagnostic difficile à faire. Le plus souvent, en s'aidant de tous les moyens cliniques possibles, de l'interrogatoire, on arrivera à faire un diagnostic probable, un diagnostic de suppuration venant des parties profondes du contenu abdominal, mais c'est tout.

Les suppurations banales de l'ombilic, les suppurations cutanées, les furoncles, les abcès de la région seront éliminés du fait de leur superficialité, de leur mobilité sur les plans profonds, du fait du manque de toutes lésions des organes abdominaux. Les kystes dermoïdes de la cicatrice ombilicale seront éliminés pour les mêmes raisons. Les tumeurs de la région ombilicale pourraient en imposer plus longtemps, pour une affection profonde, du fait de leur dureté, de leur adhérence, mais la palpa-

tion profonde montrera encore, dans ces cas, qu'elles sont nées sur place.

Parmi les causes de suppuration profonde de l'ombilic, il en est que l'on a plus présentes à l'esprit, du fait de leur plus grande fréquence.

L'ascite symptomatique d'une maladie de la glande hépatique peut s'ouvrir à l'ombilic. Dans ces cas, pas de pus, un long passé nous renseigne et fait le diagnostic.

La péritonite tuberculeuse ulcéro-caséeuse se termine parfois par l'ouverture ombilicale et l'issue de pus grumeleux caractéristique par l'orifice. Outre ce pus caractéristique, l'histoire de la maladie, les troubles gastro-intestinaux, l'examen de l'état général, la matité en dardier, caractéristique de l'affection, permettront d'affirmer tuberculose péritonéale. Fernet et Bouland ont attiré l'attention sur les lésions évoluant en même temps du côté de la cavité pleurale. L'examen des plèvres et des poumons fourniront donc encore un élément de diagnostic.

La péritonite suppurée et pneumococcique est parmi les affections péritonéales celle qui se termine le plus fréquemment par une suppuration ombilicale. Son diagnostic est ordinairement aisé dans les cas types et est fait par l'interrogatoire, qui révèle une pneumonie antérieure, une grippe, un état pulmonaire quelconque. L'examen du pus montre le pneumocoque. Cette péritonite s'ouvre ordinairement au vingtième jour, le pus qui s'écoule est verdâtre. Enfin, les sujets sont, la plupart du temps, des enfants. Certains maux de Pott donnent des abcès ossifluents, bombant dans l'abdomen. Ces derniers peuvent s'ouvrir à l'ombilic. L'examen du rachis,

la marche de la maladie, de l'abcès fixeront les idées.

L'omphalocèle urinaire se diagnostique facilement, puisque congénitale.

Une fistule de l'intestin, consécutive à une hernie étranglée, ne nous en imposera pas, du fait des caractères de la fistule pyostercorale et de l'histoire de l'affection.

Les abcès péri-appendiculaires peuvent se fistuliser à l'ombilic. Il faudra alors s'attacher à la douleur initiale brusque, dans la fosse iliaque droite, à la marche de la maladie. L'odeur du pus, sa qualité, ne sont d'aucun secours, puisque, dans les deux cas, il sent, est verdâtre, abondant.

Les fistules ombilicales résultant de l'évolution d'un ulcère de l'estomac ont les mêmes caractères extérieurs, mais l'état antérieur des malades, leur long passé gastrique, la situation haute dans l'abdomen de l'abcès enkysté éliminera le kyste de l'ovaire.

De même, sont éliminés les abcès ouverts à l'ombilic, reconnaissant comme origine une tare de la vésicule ou des voies biliaires. Les crises de coliques hépatiques anciennes, les troubles digestifs, les douleurs gastriques et abdominales, les douleurs dans l'épaule droite sont des antécédents qui orientent vers les voies biliaires. Les fistules biliaires, enfin, sont rarement uniquement purulentes ou muco-purulentes. La présence de bile, de calculs, seront tout à fait pathognomoniques.

Les fibromes utérins dégénérés, adhérents à la paroi, l'envahissant, ont pu quelquefois s'ouvrir à l'ombilic. Dans ces cas, la paroi abdominale entière est envahie, la malade a un passé qui oriente vers le diagnostic de fibrome utérin. De même, dans les cas de généralisation

à la paroi de cancer péritonéal, l'aspect caractéristique du champignon marronné, suintant, végétant, imposera le diagnostic de cancer.

La littérature médicale nous montre combien est difficile parfois le diagnostic tout simple de kyste ovarique.

Très souvent le diagnostic ferme est porté et lors de l'acte opératoire, on trouve des salpingites tuberculeuses ou non, des péritonites enkystées. Ces affections peuvent fort bien évoluer vers l'ombilic, s'y fistuliser et, dans ces cas, le diagnostic est on ne peut plus difficile. Tous les symptômes que peuvent donner l'examen clinique, la palpation, le toucher vaginal, fournissent autant d'indications en faveur d'une affection que de l'autre. En somme, le diagnostic des suppurations ombilicales est souvent difficile, mais possible. Dans les cas de suppuration de kystes dermoïdes suppurés et ouverts en cet endroit, nous croyons que le diagnostic précis est impossible la plupart du temps. Il hésitera avec celui d'abcès appendiculaire, de salpingite, de péritonite tuberculeuse ouverte à cet endroit.

Ce qui, plus que le diagnostic précis, importe, est la conduite à tenir. Il faut en effet opérer et en prendre la décision. Il ne faut pas laisser les malades suppurer, s'amaigrir, s'infecter, se cachectiser, il faut intervenir et cela d'autant mieux que, malgré la suppuration, on peut faire une opération radicale sans drainage, et partant sans aucune de ses complications.

Technique opératoire.

La technique opératoire que nous préconisons pour les cas de kystes dermoïdes suppurés ouverts à l'ombilic n'est pas spéciale à ces cas. Elle peut s'employer dans tous les cas de suppuration profonde où l'on désire faire une opération aseptique. Disons de suite qu'elle ne comporte pas l'ablation du kyste de l'ovaire lui-même, elle s'arrête au premier temps opératoire, le constitue.

Cette manière de faire a déjà été décrite par Bouilloud dans sa thèse sur les cholécystites ouvertes à l'ombilic.

Dans un premier temps, on circonscrit l'ombilic, siège de la suppuration. Par une incision courbe, la peau, l'aponévrose, le péritoine sont successivement divisés. La lèvre interne résultant de cette incision est embrochée sur tout son pourtour avec une aiguille qui sert à passer un fil de soie ou autre. Les deux chefs du fil sont ensuite saisis et fortement serrés de façon à fermer l'orifice fistuleux à la façon d'une bourse.

Ce premier temps terminé, on est définitivement à l'abri des issues du pus qui pourraient venir souiller l'opérateur.

Le champ opératoire est changé, la paroi abdominale nettoyée à nouveau. Un fort badigeonnage de teinture

d'iode sur la peau et les surfaces cruentées, et on peut continuer la laparotomie même, qui mènera sur la poche à extirper.

On se trouve, en un mot, en présence d'une paroi abdominale saine, permettant une opération aseptique.

Dans le cas qui nous occupe, M. le professeur agrégé Patel a pu sortir le kyste intact avec, au niveau de l'ombilic, un vrai bouchon cutané constitué par la suture en bourse effectuée.

Par ce procédé, la paroi abdominale fut refaite sans drainage, et ainsi pas d'éventration, de longs jours de lit, de suppuration avec toutes les complications qu'elle amène.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont ceux qui suppurent le plus fréquemment parce que le liquide qu'ils contiennent est un bouillon de culture favorable à la pullulation des microbes.

II. — La cause de leur infection peut être la voie génitale, la voie intestinale. Les infections générales de l'organisme sont une cause plus rare de leur suppuration.

III. — Les microbes agents de leur suppuration sont les microbes banaux de toute suppuration.

a) Dans certaines conditions, ces microbes peuvent produire des gaz et donner naissance à des kystes suppurés et gazeux.

b) La présence de gaz dans un kyste ovarique n'est pas fatalement due à la suppuration. Dans le cas que nous rapportons, le gaz n'était autre que l'air appelé et chassé par les mouvements respiratoires. Dans d'autres cas, sa présence est due à la communication des kystes avec l'intestin.

c) La présence de gaz à l'intérieur du kyste aggrave un peu le pronostic, que ces gaz soient développés « in situ » ou qu'ils viennent d'ailleurs.

IV. — Les kystes s'ouvrent à l'ombilic parce que l'om-

bilic est un point faible de la paroi abdominale et surtout parce que le pédicule, la situation extraligamentaire des kystes, la suppuration qui survient et détermine leur accroissement, leur permettent de remonter jusqu'à la cicatrice ombilicale.

V. — Par une incision circulaire et une suture en bourse excluant la fistule, on peut faire une opération aseptique permettant la réfection anatomique de la paroi avec tous ses avantages.

Vu :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 décembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Revue de Gynécologie*, 1902, p. 174.
La Gynécologie, 1897, p. 273.
LEJARS. — *Semaine médicale*, 1904.
BOUILLOUD. — Thèse de Lyon, 1911.
PAYRE. — Thèse de Lyon.
A. GORUSCHINE. — Thèse de Lyon, 1905.
CHAVANNAZ. — Congrès de chirurgie, 1912.
JAYLE. — Congrès de chirurgie, 1912.
GREENE CUMSTON. — *Americ. journal of obstetric*, 1898.
BERTRAND J.-M. — Thèse de Lyon, 1906.
MARTIN. — Thèse de Lyon, 1904.
BOINET. — Mal des ovaires.
DELBET. — Suppuration pelvienne.
THIRIAR. — *Presse médicale belge*, 1887.
HEMRICUIS. — Suppuration des kystes de l'ovaire, *Ann. de gynécologie*, 1897.
JULHIET. — Thèse de Lyon, 1896.
POZZI. — Traité de gynécologie.
FORGUES. — Pathologie externe.
ROY. — Thèse de Lyon, 1901-1902.
LABADIE-LAGRAVE. — Traité de gynécologie.
MASSON. — Dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire, thèse de Lyon.
NIOT. — Thèse de Paris.
SGOURDEOS. — Thèse de Lyon, 1897.
LÖEWY. — *Revue de Gynécologie*.
BONNAUD. — Thèse de Lyon, 1896-1897.
DUPLAY. — Traité de chirurgie.
LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
JABOULAY. — Kyste de l'ovaire suppuré et généralisé à l'ombilic, Soc. des Sciences médicales de Lyon, 1898, pièce.
Gazette des Hôpitaux, 1901, p. 526.
LIMNEL. — Contribution à l'étude anatomique des tumeurs de l'ovaire, *Rev. gyn.*, 1901.
J. COURMONT. — Précis de bactériologie.
MANGOLD. — Auber die Infection der Ovarialkystome, thèse de Bâle, 1895.

23064 — IMPRIMERIES RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS — LYON
